

SIEGFRIED KOCH

**Über die sozialen Ursachen von
Selbstmordversuchen in den Jahren 1948-1953
in Frankfurt am Main**

Frankfurt am Main 1962

Aus der Universitätsklinik und -Poliklinik
für Gemüts- und Nervenkrankhe Frankfurt am Main

Direktor: Prof. Dr. med. Zutt

**Über die sozialen Ursachen von
Selbstmordversuchen in den Jahren 1948-1953
in Frankfurt am Main**



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität zu Frankfurt am Main

vorgelegt von Siegfried Koch aus Halle (Saale)

Frankfurt am Main 1962



Dekan: Prof. Dr. med. W. Krücke

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. R. Degkwitz

Korreferent: Prof. Dr. med. J. Gerchow

Mündliche Prüfung: 2. November 1962

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Einleitung	5
1. Übersicht über die vorhandene Literatur	5
2. Zeitraum, in dem unsere Suicidalen lebten	6
B. Untersuchungsmaterial	8
1. Methode und Schwierigkeiten	8
2. Statistische Auswertung	10
C. Die sozialen Faktoren	13
1. Beruf	13
2. Materielle Lage	18
3. Wohnungssituation	20
4. Flüchtlingsschicksal	23
5. Die Rolle des Alkohols als sozialer Faktor	25
6. Familienverhältnisse	26
D. Zusammenfassung	28
E. Literaturverzeichnis	29
F. Lebenslauf	32

A. Einleitung

Trotz zahlreicher Untersuchungen über den Selbstmord bleibt im Einzelfall im Grund immer etwas ungeklärt. Man weiß im letzten eigentlich nicht, wie der Betreffende dazu kam, das eigene Leben anzugreifen.

1. Übersicht über die vorhandene Literatur

Spezielle Untersuchungen über die sozialen Ursachen des Selbstmordes liegen nur in geringer Zahl vor. Gaupp (8) erwähnt in seiner Schrift „Über den Selbstmord“ auch die sozialen Faktoren: Beruf und Arbeit, Armut und Not. Er kommt dabei zu der Feststellung, daß sich Gebildete häufiger töten als Ungebildete und sagt: „Je mehr Analphabeten, je weniger Selbstmorde.“

Sehr aufschlußreich sind die Untersuchungen von Loewenberg (12) aus dem Hamburger Stadtgebiet aus den Jahren 1880 bis 1930. Er berechnete die Selbstmordziffer in Hamburg in den verschiedenen Wohngebieten. Dienstboten wurden in die Berechnung nicht mit einbezogen, um eine möglichst klare Trennung der verschiedenen sozialen Schichten zu erreichen. Dabei stellte Loewenberg einen Anstieg der Selbstmordziffer in den früher wohlhabenden, jetzt verarmten Vierteln Hamburgs fest. Vor dem ersten Weltkrieg fiel die Selbstmordziffer mit steigendem Einkommen. Nach der Inflation 1923 drehte sich das Verhältnis um, und es war in den wohlhabenden Stadtteilen die Selbstmordziffer anderthalbmal so groß wie in den Arbeiter- und Angestelltenstadtteilen.

Gruhle (9) hat bei seinen Untersuchungen über die Ursachen des Selbstmordes dem Beruf und der Entwicklung des Wirtschaftslebens besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Er kam dabei zu dem Ergebnis, daß die höhere soziale Stellung die Neigung zum Selbstmord fördert. Die Stadtbevölkerung ist gegenüber den auf dem Lande lebenden Menschen mehr gefährdet. Ein eindeutiges Ansteigen der Selbstmordziffer in Krisenzeiten fand er nicht.

Bei diesen Untersuchungen handelt es sich ausschließlich um statistische Auswertungen. Dagegen hat sich Ringel (19) mit der psychologischen Entwicklung, die schließlich zum Suicid führt, eingehend befaßt. Er fand, daß neben den alltäglichen Schwierigkeiten im Familienleben mit den vielen Ehekonflikten dem Beruf die größte Bedeutung zukommt. Oftmals wird für berufliche Konflikte schon bei der Berufswahl der Grundstein gelegt. Als schwerstes Trauma wird der soziale Abstieg erlebt, wobei die Entlassung von der Arbeitsstelle die größte Belastung darstellt. Dabei wird nicht der finanzielle Ausfall als das Schlimmste empfunden, sondern wie Ringel (19) sagt, die Ausstoßung aus der arbeitenden Gesellschaft. Einer besonderen Gefährdung für ihr Leben durch Selbstmord sind die Hilfsarbeiter und Hausgehilfen ausgesetzt, da ihre Stellung sozial sehr unsicher ist. Die Landwirte stehen dagegen zahlenmäßig an letzter Stelle. Nur bei einem geringen Teil der von Ringel untersuchten Patienten war materielle Not im Spiel. In diesen wenigen Fällen handelte es sich um extreme materielle Not, die eine ernste Gefahr für das Leben darstellte. Als Anlaß zum Suicid kam meist noch die damit verbundene soziale Unsicherheit hinzu. Plügge (16) erwähnt in seinem Aufsatz „Der suicidale Kranke“ auch die wirtschaftliche Not als Ursache zum Suicid. Er gibt diesen Anteil mit 7% an, untersucht ihn aber nicht näher.

2. Zeitraum, in dem unsere Suicidalen lebten

Mit der gesellschaftlichen Umschichtung infolge der industriellen Entwicklung und der zunehmenden Besserung der sozialen Lage eines Teiles der Erdbevölkerung nehmen merkwürdigerweise auch die Suicide und Suicidversuche gerade in den Ländern am stärksten zu, denen es wirtschaftlich am besten geht. Es ist darum von Interesse zu untersuchen, welche Rolle die sozialen Faktoren bei Suicidversuchen in dem Zeitraum von 1948 bis 1953, einer Übergangszeit von großer Not zum beginnenden wirtschaftlichen Aufstieg in Westdeutschland, gespielt haben. Der Beginn des Wiederaufbaus nach dem Zusammenbruch im Jahre 1945 ging in Westdeutschland von den Betrieben aus. Der

Staat war in sich zusammengebrochen und in den Augen vieler diskriminiert. Von dort konnte man zunächst keine Hilfe und Unterstützung erwarten. Auch die Ordnung in den Gemeinden war erschüttert. Die Ordnungskräfte des Staates, der Länder und Gemeinden waren zunächst nicht stark genug, um den Menschen bei der Neugründung ihrer Existenz wesentlich zu helfen.

So nahm der Arbeitsplatz nach 1945 für alle Menschen eine besondere Stelle im Leben ein, und die Zugehörigkeit vor allem zu einem größeren Betrieb hatte nicht nur wirtschaftliche Bedeutung. Als zweite wesentliche Stütze beim Wiederaufbau sind der Vollständigkeit halber die Kirchen zu nennen, die in ihrer Autorität und in ihrem Gefüge nicht erheblich geschädigt worden waren und infolgedessen bei dem Neubeginn eine entscheidende Rolle spielen konnten. Auf ihre Bedeutung wollen wir aber nicht näher eingehen.

Neben dem Staat und den Gemeinden war durch den Krieg zum Teil auch der Zusammenhalt der Familien stark erschüttert. Das Wiedereinleben in die Familiengemeinschaft war oft ein großes Problem und durch Verluste und in der Zwischenzeit entstandene Konflikte sehr erschwert. In vielen Fällen hatte die sehr lange Trennung durch Gefangenschaft, Evakuierung und Flucht die Schwierigkeiten noch erhöht. Wir haben bei unseren Patienten darum immer festgestellt, ob sie überhaupt Angehörige hatten und inwieweit sie mit diesen in Kontakt standen. Es ergab sich, daß ein Teil unserer Patienten mit dem Verlust der Bindung an Familienangehörige auch sonst den Kontakt zu den Mitmenschen verloren hatte und vereinsamt war.

Auf den Flüchtlingen lastete zusätzlich die Entwurzelung aus der Heimat schwer. Dies war eine weitere Ursache der Vereinsamung, die als sozialer Faktor bei ernstgemeinten Suicidversuchen meist eine wesentliche Rolle spielte.

Zu aller anderen Not kam noch die große Wohnungsnot hinzu. Am schwersten wurden dabei Alleinstehende und Untermieter getroffen, die sich mit mehreren fremden Menschen den Wohnraum teilen mußten. Sie waren äußerlich nicht einsam, hatten aber keinen Raum für eine private Sphäre, ein Umstand, der ebenfalls eine Suicidtendenz begünstigen konnte.

Alle diese sozialen Faktoren sind nicht schon an sich Motiv oder Anlaß zum Suicidversuch. Es spielt nämlich auch eine nicht unerhebliche Rolle, ob die Belastung plötzlich an den Menschen herantritt und vielleicht gar nicht so schwer ist oder ob eine sehr schwere psychische Belastung lange Zeit tapfer getragen wird und die Kräfte allmählich erlahmen. Neue, oft geringfügige zusätzliche Belastungen lassen die Menschen dann verzweifeln.

Deswegen muß man zwischen dem Anlaß zum Suicid und dem eigentlichen Motiv unterscheiden. Es können natürlich sowohl Anlaß als auch Motiv soziale Ursachen haben. Bei sehr schweren plötzlichen sozialen Belastungen können Motiv und Anlaß zusammenfallen.

B. Untersuchungsmaterial

1. Methode und Schwierigkeiten

Bei unseren Untersuchungen haben wir als „soziale Ursache“ für den Suicidversuch nicht nur die wirtschaftlich-finanzielle Lage der Betroffenen angesehen, sondern auch die Beziehungen der Patienten zur Gemeinschaft, Familie, Gemeinde, Staat und Arbeitsplatz betrachtet. Im folgenden haben wir für die Untersuchung Schwierigkeiten im Berufsleben, in den Wohnungsverhältnissen, durch Flüchtlingsschicksale, Alkoholabusus und gestörte Familienverhältnisse herausgegriffen, weil über diese einigermaßen brauchbare Angaben zu erhalten waren.

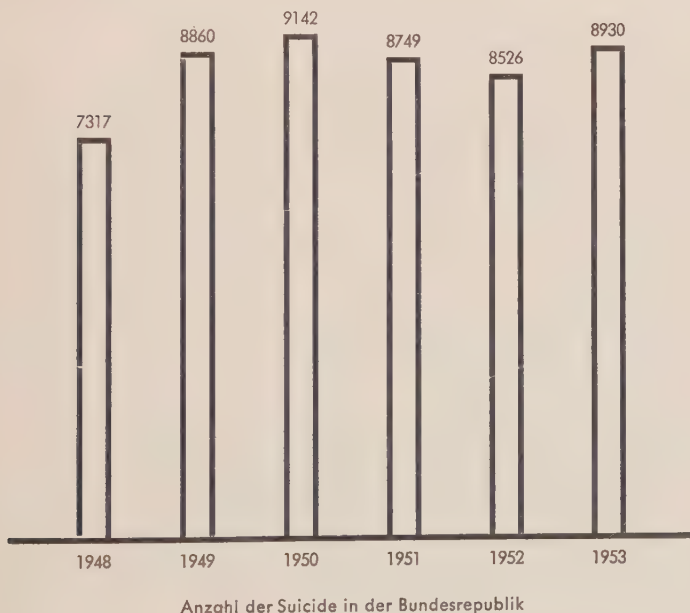
Als Untersuchungsmaterial standen 568 Krankengeschichten der Universitätsnervenklinik Frankfurt am Main aus den Jahren 1948 bis 1953 zur Verfügung. Es waren 321 Frauen (56 %) und 247 Männer (44 %). Die Suicidversuche Psychotischer (manisch-depressiver Kranker, Schizophrener etc.) blieben unberücksichtigt (45 = 7,5 %), da hier die psychische Krankheit und damit krankhafte Motive vorwiegend für den Suicidversuch verantwortlich gemacht werden müssen.

Unberücksichtigt blieben ferner diejenigen Suicidanten, die offensichtlich demonstrativ gehandelt haben (91 = 16 %), weil hier keine ernsthaften Selbstmordabsichten vorgelegen haben.

Bei 94 Patienten (42 Frauen und 52 Männer) ergab sich, daß „soziale Ursachen“ bei dem Selbstmordversuch eine wesentliche Rolle gespielt hatten. Das sind von den 321 Frauen 13 % und von den 247 Männern 21 %.

Eine große Schwierigkeit bei der Bearbeitung war, daß die zur Verfügung stehenden Krankengeschichten nicht für eine Untersuchung, wie die vorliegende, angefertigt wurden. Oftmals ließ sich das soziale Moment nur aus kurzen Äußerungen des Patienten entnehmen. Dabei bleibt die Unsicherheit, inwieweit diese Angaben richtig sind, da eine Nachforschung nach so vielen Jahren nicht mehr möglich ist.

Trotz aller dieser Schwierigkeiten haben wir versucht, nicht nur das Zahlenmaterial statistisch zusammenzustellen, sondern auch soweit wie möglich die Lebenssituation der Suicidalen zu rekonstruieren und die Bedeutung der sozialen Faktoren für die Tat zu erkennen.

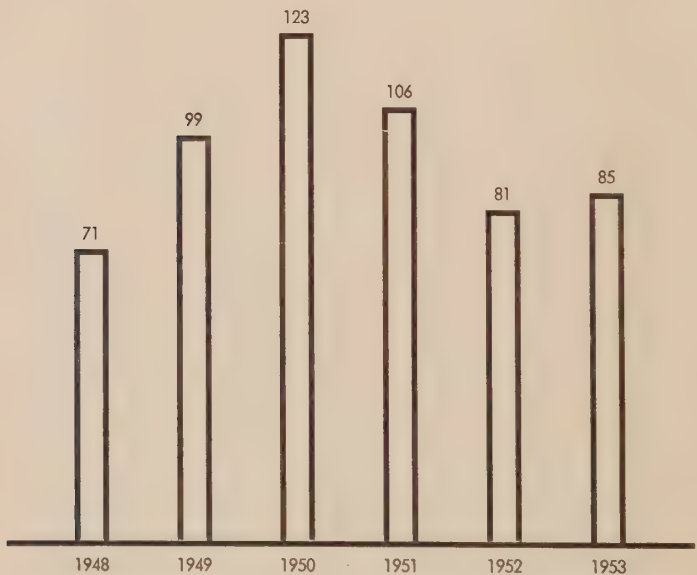


2. Statistische Auswertung

Bevor auf die sozialen Faktoren einzeln eingegangen wird, wollen wir eine statistische Übersicht betrachten. Zum Vergleich sei zunächst die Bundesstatistik der vollendeten Selbstmorde in den Jahren 1948 bis 1953 angeführt.

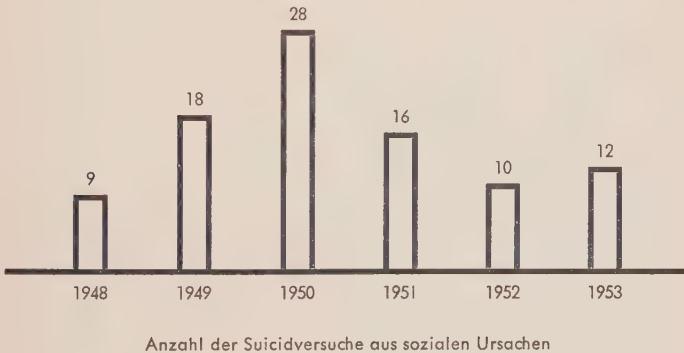
In den ersten drei Jahren von 1948 bis 1950 stieg die Zahl von 7 317 auf 9 142 an. Bis 1952 fiel diese Zahl auf 8 526 und stieg 1953 auf 8 930.

Ein Vergleich der Zahlen der Selbstmordkurve, die im selben Zeitraum unserer Klinik vorliegen, zeigt dieselbe Tendenz. Aus diesem Diagramm ergibt sich für das Jahr 1950 ein Maximum von 123 Selbstmordversuchen und 1948 und 1952 jeweils ein Minimum von 71 und 81. 1953 steigt diese Zahl wieder etwas an.



Anzahl der in der Frankfurter Nervenklinik aufgenommenen Suizidversuche

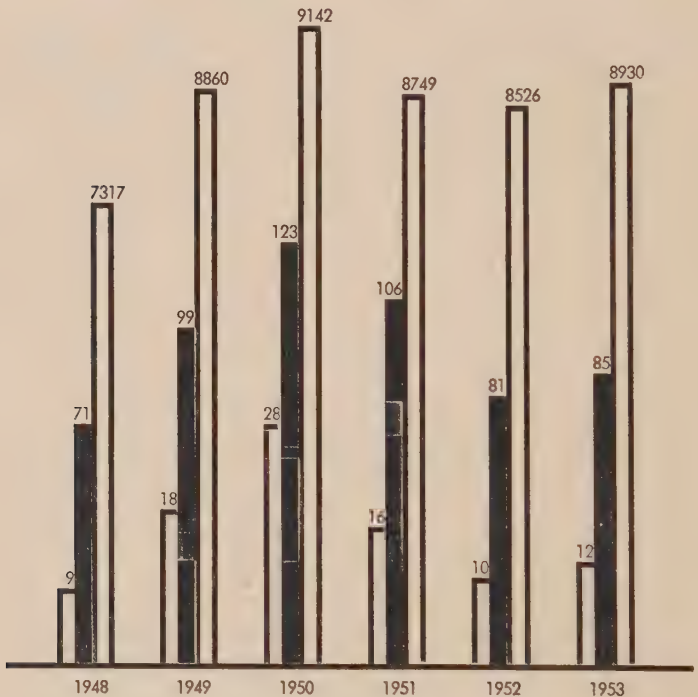
Es ist schwer, diese Schwankungen der Häufigkeit der Suicidversuche zu erklären. Folgender Umstand kann eine Rolle gespielt haben. Gleich nach dem Kriege waren die Menschen noch an Not und Entbehrungen gewöhnt. Erst nach der Währungsreform im Jahre 1948 begann der Wiederaufbau. Die Hoffnung auf eine Besserung der Lebensverhältnisse hatte sich aber bis 1950 bei vielen noch nicht erfüllt. Enttäuschte Hoffnungen und Rückschläge in einer Zeit der Aufwärtsentwicklung ließen sie dann am Leben verzweifeln. Inwieweit unsere Auffassung über die Ursachen zu den auffallenden Schwankungen der Selbstmordstatistik richtig ist, wissen wir natürlich nicht.



Aus dem oben Angeführten wäre auch ein prozentuales Ansteigen der Selbstmordversuche aus sozialen Ursachen bis zum Jahre 1950 zu vermuten. Errechnet man dagegen den Anteil der Suicidversuche aus sozialen Ursachen bei unseren untersuchten Patienten, so überrascht die Tatsache, daß diese Zahlen einen stets gleichbleibenden prozentualen Anteil in den sechs Jahren in unserer Klinik ausmachen.

Das Verhältnis zur Gesamtzahl der untersuchten Fälle beträgt hier etwa 1:7 bis 1:8 (13%). Wenn also das Verhältnis der Suicide aus sozialen Ursachen zur Gesamtzahl konstant geblieben ist, glauben wir zu der Vermutung berechtigt zu sein, die

Suicide aus sozialen Ursachen nicht allein mit dem allgemeinen Auf und Ab unseres Wirtschaftslebens in einem direkten Zusammenhang zu sehen, so daß die sozialen Umstände allein für die Entwicklung nicht verantwortlich gemacht werden können.



Die drei nebeneinanderstehenden Säulen des Diagramms zeigen das gleichbleibende Verhältnis von:

-  Anzahl der Suicide in der Bundesrepublik
-  Anzahl der in der Frankfurter Nervenklinik aufgenommenen Suicidanten
-  davon die Anzahl der Suicidversuche aus sozialen Ursachen

C. Die sozialen Faktoren

1. Beruf

Nachdem wir die statistische Übersicht gegeben haben, wollen wir die sozialen Faktoren im einzelnen betrachten. Der wichtigste soziale Faktor ist der Beruf, wie schon Adler (1) sagte, der einen engen Zusammenhang zwischen Beruf und Selbstmord sah.

Von 94 Patienten, die einen Selbstmordversuch aus sozialen Ursachen begangen hatten, lebten 80% in schlechten beruflichen Verhältnissen. 40% der Männer gaben an, keine ordentliche Berufsausbildung absolviert zu haben. Sicherlich liegt diese Zahl noch höher, denn die Patienten bezeichneten als ihren Beruf meist nur ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit und nicht den ursprünglich erlernten Beruf. Angaben aus ihrem Leben ließen erkennen, daß der berufliche Werdegang sehr wechselvoll war.

Ein Patient gab z. B. an, als Schlosser in einem Metallbetrieb tätig gewesen zu sein. Nach längerem Befragen bezüglich der Berufsausbildung erfuhr man, daß er zu dieser Tätigkeit nur angelernt war.

Bei den Frauen waren nur 15% ohne ordentliche Berufsausbildung. Diese erstaunlich niedrige Zahl erhöht sich allerdings bedeutend, wenn die unter der Bezeichnung Angestellte (50%) geführten Patienten näher betrachtet werden. Denn diese hatten zu über 60% auch keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Daß ein relativ hoher Anteil unserer Patientinnen im Berufsleben stand (65%), war in erster Linie auf die schwierigen Nachkriegsverhältnisse zurückzuführen. Tod und Kriegsgefangenschaft hatten Männermangel zur Folge, so daß die Frauen arbeiten mußten. Unter den hier Angeführten waren allein sieben Kriegerwitwen. Eine dieser Frauen sagte z. B.: „Ich muß alles allein tragen und durchfechten. Andere Frauen haben ihre

Männer.“ Dazu ist noch hinzuzufügen, daß diese Frau keinen Beruf erlernt hatte und jetzt als Gelegenheitsarbeiterin in verschiedenen Stellen nacheinander tätig war.

Frauen arbeiten zum großen Teil nur um Geld zu verdienen und sehen deshalb in der Berufsarbeit meist nicht die Erfüllung ihrer Lebensaufgabe. Hinzu kommt das Doppelverdienertum, d. h. daß die verheiratete Ehefrau arbeiten geht, um die Anschaffung bestimmter Dinge wie Kühlschrank oder Fernsehapparat zu erleichtern.

Inwieweit darüber hinaus die Änderung der sozialen Stellung für den hohen Anteil der berufstätigen Frauen in unserem Beobachtungsgut eine Rolle gespielt hat, soll nicht näher untersucht werden.

Ganz anders ist der soziale Faktor Beruf beim Manne zu bewerten. Arbeiten und Geldverdienen bedeuten nicht nur die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz, sondern sind ihm auch Lebensinhalt. Seine Arbeit reiht ihn ein in die soziale Stufenleiter und ist bestimmend für seinen Persönlichkeitswert.

Die moderne Technik mit ihrer Rationalisierung und Automation verlangt auch vom am Fließband angelernten Arbeiter eine berufliche Grundausbildung und praktisch-technische Kenntnisse. Gelingt es einem solchen ungelernten Arbeiter jedoch nicht, sich in diese moderne Produktion einzugliedern, wird er nur noch für untergeordnete Tätigkeiten eingesetzt. Er muß Arbeiten verrichten, die sonst kein anderer erledigen möchte. Er wird im Betrieb oft herumgestoßen und von den anderen nicht voll anerkannt.

Dieses Beschäftigungsverhältnis ist meist nicht von Dauer. Solche Arbeiter werden oft entlassen oder wechseln von sich aus die Arbeitsstelle. Es liegt in der Natur der Sache, daß solche Menschen ständig Ausschau nach anderer Arbeit halten. Sie hoffen immer auf das Glück, einen angenehmen „Posten“ zu finden. Die Freude über das vollbrachte Werk kennen sie nicht, empfinden die Arbeit als Last und fühlen sich weder mit dem Betrieb noch mit den Arbeitskollegen verbunden. Die oben angeführten wertbestimmenden Faktoren der Arbeit sind bei diesen hier geschilderten Gelegenheits- und Hilfsarbeitern nicht vorhanden.

Eine Erfüllung der Lebensaufgabe beim am Fließband angelernten Arbeiter ist durch die gleichförmigen und stumpfsinnigen Handgriffe sowieso sehr schwierig. Sinn und Zweck der Tätigkeit kommen dem Einzelnen kaum zum Bewußtsein.

Das Leben der Hilfsarbeiter verläuft nicht in sicheren Bahnen. Mit dem Arbeitsstellenwechsel ist oft auch der Wechsel der Wohnung und des Wohnortes verbunden. 52% unserer männlichen Patienten haben ihren Arbeitsplatz mehr als zehnmal innerhalb der letzten fünf Jahre gewechselt, soweit dies überhaupt feststellbar war.

Dabei sind die schwierigen äußeren Umstände, die zu dem unsteten Leben führten, von den psychopathischen, in dem Betreffenden selbst liegenden Faktoren zu unterscheiden.

Einer unserer Patienten hatte nach seiner Schulentlassung an keiner Stelle länger als zehn Monate ausgehalten und innerhalb von fünfzehn Jahren über 25 Stellen innegehabt. Sogar als Soldat im letzten Krieg schob man ihn von einer Einheit zur anderen ab.

Selbst wenn dem Einzelnen diese entwürdigende Situation, in der er sich befindet, nicht immer klar bewußt ist, hat ein solches Erwerbsleben auf ihn eine nachteilige psychische Wirkung, die wie eine verborgene Krankheit in ihm schlummert. In dieser schlechten Lage, in der sich dann ein solcher Arbeiter befindet, genügt ein geringer Anlaß zum Suicid.

Besonders hart werden ältere Hilfsarbeiter betroffen, die eine Dauerstellung verlieren, die sie trotz ihres Alters noch gefunden hatten und mit der sie sich verbunden fühlten.

Der 52jährige Lorenz H. wurde mit einer Schlafmittelvergiftung in die Klinik eingeliefert. Am nächsten Tag berichtet er kurz über sein bisheriges Leben. Er war immer Hilfsarbeiter gewesen. Sogar im Ausland hatte er sein Glück versucht, konnte es auch dort zu nichts weiter bringen. Schließlich kehrte er in seine Heimat zurück, arbeitete wieder als Hilfsarbeiter in verschiedenen Betrieben und hatte geheiratet. Nach dem Zweiten Weltkrieg kommt er in einer Schrotthandlung unter, wo er sich vom Arbeiter zum Kaufmannsgehilfen emporgearbeitet hat. Durch eine Gallenerkrankung wird er längere Zeit arbeitsunfähig. Nach seiner Genesung findet er seinen Posten durch einen

anderen besetzt, erhält die Kündigung und die noch ausstehende Lohnabrechnung. Der soziale Absturz trifft ihn so schwer, daß er auf dem Heimweg Schlaftabletten kauft, in einer Wirtschaft einkehrt und dort eine Überdosis einnimmt. Nachdem er das Bewußtsein wiedererlangt hatte, sagte er: „Ich bin 51 Jahre alt geworden und soll nun von vorne anfangen. Das alles konnte ich nicht mehr ertragen!“

Bei unserer Untersuchung ist uns aufgefallen, daß unter unseren Selbstmördern kein einziger Landarbeiter war, obwohl in unserer Klinik auch Bewohner ländlicher Gegenden Aufnahme finden. Bei unseren Patienten handelte es sich um Menschen, die zwar auf dem Dorfe wohnten, aber als Arbeiter in den großen Industriebetrieben des Rhein-Main-Gebietes beschäftigt waren.

Wir können damit die Ergebnisse von Ringel (19), Gaupp (8), Heyn (11) u. a. bestätigen, die übereinstimmend berichten, daß Landwirte in den Selbstmordstatistiken zahlenmäßig an letzter Stelle stehen.

Die niedrige Selbstmordtendenz der Landarbeiter und Bauern führen wir auf die auf dem Lande noch nicht so weit um sich gegriffene Industrialisierung zurück. Das Leben der Landarbeiter verläuft in alteingefahrenen Bahnen. Sie sind mit ihrer Arbeit verbunden. „Sie vollbringen eine sinnvolle, individuell differenzierte Arbeit, fern von Massenbetrieb und Industrialisierung (Ringel 19).“ Das Sichtbarwerden des Erfolges der eigenen Arbeit gibt dem Menschen eine innere Befriedigung. Dies fehlt aber, wie oben schon gesagt, bei der modernen technisierten Arbeit weitgehend.

Welchen Einfluß die Arbeit auf das seelische Gleichgewicht des Menschen hat, geht aus der relativ hohen Anzahl von Selbstmördern hervor, die ihre Tat begingen, als sie arbeitslos waren oder der Versuch einer Arbeitsbeschaffung scheiterte.

Wenn der Arbeitsfähige und Arbeitswillige zum Nichtstun verurteilt ist, wird er bald in eine gedrückte Stimmung versetzt. Der Tag und das Leben haben keinen Sinn mehr.

Plügge (15) spricht von der „Langeweile als Ausdruck des Nichts, die den Menschen überfällt, ohne daß er etwas davon bemerkt“. Das Nichtbeschäftigtsein und seine negativen Wir-

kungen auf die menschliche Psyche hat auch bei einem Teil unserer Patienten vorgelegen. Von den 94 herausgestellten Suicidanten aus sozialen Ursachen waren 28 (29%) arbeitslos. 12 gaben als unmittelbaren Anlaß zum Selbstmordversuch Arbeitslosigkeit an. Nicht alle Patienten empfanden die Nichtbeschäftigung als einen so großen Mangel, weil sie sich in ihrer sozialen Stellung mit ihrer Arbeit nicht recht verbunden fühlten. Trotzdem kamen sie sich überflüssig vor. Hinzu kam noch, daß fast alle Patienten nicht in der Lage waren, sich ausreichend selbst mit einer Tätigkeit zu beschäftigen. Nur 2 Patienten berichteten von einer sinnvollen Selbstbeschäftigung.

Das Leben im Nichts und die innere Leere brachten Mißmut, Zweifel und Pessimismus und ließen sie am Leben verzweifeln. Unsere Darstellung zeigt, daß zwischen Arbeitslosigkeit und Selbstmord ein Zusammenhang besteht. Dies geht auch klar aus den Veröffentlichungen von Gruhle (9) hervor. Seine umfangreichen statistischen Untersuchungen ergeben in Krisenzeiten mit hohen Arbeitslosenziffern ein starkes Ansteigen der Selbstmorde. Am eindrucksvollsten ist der steile Anstieg der Kurve in der Zeit der Arbeitslosigkeit von 1929 bis 1932 in Deutschland. Vieles bleibt jedoch hierbei noch unklar. Wir wollen uns davor hüten, dieses Phänomen nur zahlenmäßig deuten zu wollen.

Die Massenarbeitslosigkeit, in der viele Millionen Menschen „stempeln gehen“ mußten, wurde damals sicherlich ganz anders empfunden und wirkte nicht so erniedrigend und schmachvoll wie in unserem Untersuchungszeitraum, wo der allgemeine Wiederaufbau den Arbeitsmarkt günstig beeinflusste.

Ein Teil unserer Patienten war nicht plötzlich erstmalig arbeitslos geworden, sondern war schon mehrmals in diese Lage gekommen. Sie hatten aber immer wieder einen Arbeitsplatz gefunden. Wenn ein solcher Mensch wiederum arbeitslos wird, trifft ihn dieser Schlag härter als zuvor, weil er die großen Schwierigkeiten bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz kennt. Diese Zeit noch einmal durchmachen zu müssen, erscheint ihm unmöglich und führt zum Selbstmord.

Einer unserer Patienten gab nach seinem Suicidversuch an, Arbeitslosigkeit habe ihn dazu veranlaßt. Wegen der schlechten

Arbeitsmarktlage in den ersten Nachkriegsjahren mehrmals arbeitslos geworden, war er von den Eltern weggegangen und hatte sich als Landarbeiter nach Frankreich verpflichtet. Dort war es ihm gut gegangen. Nach Ablauf des Vertrages kehrte er nach Deutschland zurück. In Köln hatte er vergeblich eine Arbeitsstelle gesucht. Seine Ersparnisse waren inzwischen verbraucht. In Frankfurt hatte er Bekannte, bei denen er hoffte, Unterkommen und Arbeit zu finden. Hier wurde er jedoch abgewiesen. Einen Ausweg aus dieser Situation sah er nicht mehr und versuchte, durch Schlaftabletten seinem Leben ein Ende zu setzen.

2. Materielle Lage

Daß die schlechte Berufssituation und die häufige Arbeitslosigkeit mit schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen bei diesen Patienten eine Rolle spielte, liegt auf der Hand. Aber materielle Not war nur bei knapp 30% das Motiv oder der Anlaß zum Suicidversuch. Von den 94 bearbeiteten sozialen Selbstmordversuchen lag bei 89 gleichzeitig materielle Not vor. Obwohl bei der großen Mehrzahl unserer Fälle materielle Not das Leben begleitete, spielte diese Not für die Motive, wie gesagt, eine geringere Rolle.

Man könnte den Eindruck haben, daß sie sich an den Zustand gewöhnt hatten, denn bereits vor dem Selbstmordversuch hatte die materielle Not des öfteren einen existenzbedrohenden Tiefstand erreicht. Doch jedesmal hatten sie wieder den Anschluß an den Fortgang des Lebens gefunden. Sind aber diese Erfahrungen spurlos an ihnen vorübergegangen? Wir glauben dies nicht. Vielleicht ist ihnen ihre Lage nicht voll bewußt geworden. Trotzdem haben diese Einwirkungen das Selbstvertrauen bei unseren Patienten immer mehr geschmälert, und die materielle Not wurde letztlich für den Selbstmordversuch bestimmend.

Wie komplex diese Vorgänge sind, ergibt sich aus der bedeutenden und oben schon erwähnten Tatsache, daß in den Ländern mit der geringsten sozialen Not die Suicide am stärksten

zunehmen. In diesen Ländern begehen auch nicht die Ärmsten am häufigsten einen Selbstmordversuch.

Loewenberg (12) stellte vor dem Ersten Weltkrieg bei seinen Untersuchungen in Hamburg eine steigende Selbstmordtendenz in den früher wohlhabenden Vierteln in den letzten 80 Jahren fest. Materielle Not kann demnach zum Suicid führen, indem früher wohlhabende Leute verhältnismäßig plötzlich verarmen und den sozialen Abstieg nicht ertragen. In solchen Fällen empfinden die Betroffenen naturgemäß die über sie hereingebrochene Armut viel härter als die, die schon immer auf einem tiefen sozialen Niveau gelebt haben. Sie schämen sich ihrer schlechten wirtschaftlichen Situation, möchten diese verdecken und hoffen, einmal aus dieser Lage herauszukommen. Schlagen jedoch alle solche Versuche fehl, ruft die Hoffnungslosigkeit schwere seelische Depressionen hervor. Der Entschluß, freiwillig aus dem Leben zu scheiden, reift heran.

Zu einem solchen Suicidversuch ist die soziale Entwicklung einer Patientin bezeichnend:

Maria K., 31 Jahre alt, ledig, Mutter von zwei unehelichen Kindern, hat eine Überdosis von Schlaftabletten eingenommen. Sie entstammt einer ehemals reichen Frankfurter Kaufmannsfamilie. Einen Beruf hat sie nicht erlernt, sondern war im elterlichen Geschäft tätig. Im Zweiten Weltkrieg starben die Eltern, durch den Bombenterror gingen Besitz und Geschäft verloren. Mit 19 Jahren war sie kurze Zeit verlobt. In ihrem Auftreten ist sie gehemmt und zurückgesetzt. Ihre wirtschaftliche Lage ist denkbar schlecht. Aus einer Erbschaft bezieht sie zunächst 150,— DM monatlich. Mit ihren beiden Kindern haust sie in einer notdürftig hergerichteten Trümmerwohnung. Es gelingt ihr, die Vertretung einer Seifenfirma zu übernehmen. Das Geschäft bringt fast nichts ein. Bei ihrer Lieferfirma ist sie mit der Zahlung im Rückstand und bekommt mehrere Mahnbriefe. Von der Nachbarin hat sie eine kleine Geldsumme geliehen. Das freundschaftliche Verhältnis zu einem Manne löst sich wieder. Sie steht mit ihren Kindern allein und muß Hunger leiden. Seit Tagen hat sie mit dem Gedanken gespielt, dem Leben ein Ende zu machen. Ihre Lage ist aussichtslos, und ihre Hoffnung auf bessere Zeiten mußte sie begraben.

Die Bedeutung der schlechten materiellen Lage, in die die Menschen mit gesicherter Existenz geraten können, zeigt ein weiteres Beispiel.

Karl K., 42 Jahre alt, verheiratet, kinderlos, gibt nach seiner Schlafmittelvergiftung an, daß er Vertreter einer größeren Fabrik war. Nach den Wirren der Nachkriegszeit war das Geschäft wieder einigermaßen in Gang gekommen. Aus Mitleid stellt er einen stellungslosen Kriegskameraden bei sich ein. Dieser bestiehlt ihn und verschwindet mit einer größeren Warenmenge in die Ostzone. Es gelingt ihm nicht, das entstandene Defizit zu decken. Bei einer plötzlichen Kontrolle im Geschäft werden die Fehlbestände entdeckt, für deren Ersetzung er keine Möglichkeit sieht. Um seine Wohnungseinrichtung vor einer Pfändung zu schützen, trennt er sich zum Schein von seiner Frau. Seine Existenz hat er verloren. Eine neue geeignete Arbeit findet er nicht. Das Verhältnis mit seiner Frau ist sehr gespannt, da sie kein Verständnis für sein Schicksal hat. In seiner aussichtslosen Situation entschließt er sich, aus dem Leben zu scheiden.

3. Wohnungssituation

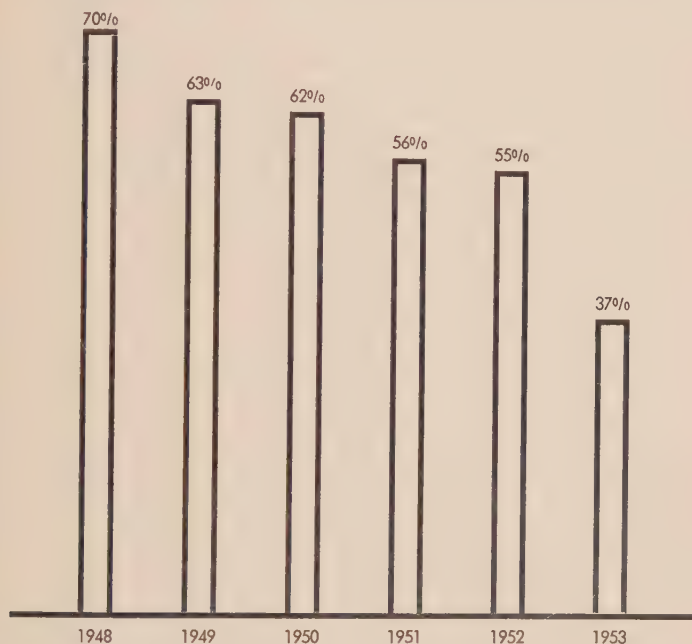
Das Wohnungsproblem ist nach dem Zweiten Weltkrieg zu einer zentralen sozialen Frage geworden. Der Wohnraum-mangel hat alle Bevölkerungsschichten betroffen. Die sozial Schwächeren und besonders die kinderreichen Familien müssen auf engsten Raum zusammenrücken.

26 Männer (50%) und 28 Frauen (66%) der von uns untersuchten Selbstmörder aus sozialen Ursachen gaben an, in schlechten Wohnverhältnissen zu leben.

Unsere Patienten waren in dieser Zeit der allgemeinen Wohnungsnot besonders gefährdet. Zu ihrer schlechten finanziellen Lage kam noch hinzu, daß sie die Miete entweder nicht mehr bezahlen konnten, oder es war von vornherein nicht möglich, eine entsprechende Wohnung zu unterhalten.

Das Säulendiagramm zeigt einen direkten Zusammenhang von Wohnungsnot und Selbstmordversuchen. Im Jahre 1948 herrschte ohne Zweifel die größte Wohnungsnot, was auch 70% unserer untersuchten Suicidanten als besonders belastend empfunden

haben. Dieser hohe Anteil von Patienten sinkt im Laufe der Jahre stetig ab bis 1953 nur noch 37% über schlechte Wohnverhältnisse klagten.



Anteil der Patienten mit schlechten Wohnverhältnissen

Dies zeigt die allgemeine Belastung unserer Suicidanten durch die Wohnungsnot. Dafür treten aber mit der Besserung der Wohnungssituation die anderen sozialen Faktoren mehr in den Vordergrund. Und welche Bedeutung die auch 1953 noch vorhandene Wohnungsnot auf ein Einzelschicksal haben kann, zeigen unsere folgenden Beispiele. Schlechte Wohnverhältnisse können ein weiteres soziales Absinken bewirken. Die zwischenmenschlichen Beziehungen leiden, wenn viele Menschen in einer Wohnung zusammenleben. Dabei ist es verständlich, daß es zu

Streit und Konflikten mit den Mitmenschen kommen kann. Dafür sei als Beispiel das Schicksal einer unserer Patientinnen, die mit ihren drei Kindern in einem Trümmerkeller wohnt, der nur notdürftig zu einer Behausung hergerichtet worden ist, angeführt. Ihr Ehemann ist im Kriege vermißt. Die Angehörigen sind beim Bombenterror umgekommen. Sie wird ernsthaft krank, keiner kümmert sich um sie. Schon mehrmals schlug der Versuch fehl, eine ordentliche Wohnung zu bekommen. Als sie wiederum die Nachricht erhält, daß in absehbarer Zeit keine Aussicht auf eine andere Wohnung besteht, begeht sie den Selbstmordversuch.

Am schwersten sind die Untermieter in einer solchen Situation getroffen, denn nicht immer besteht mit dem Vermieter ein gutes Einvernehmen. Die Untermieter müssen sich bedingungslos den Ansichten und Forderungen des Vermieters beugen. Im möblierten Zimmer findet der Mensch nicht sein Reich, in dem er „uningeschränkter Herr und ungestört ist“ (Ringel) (9).

Es fehlt die Zufriedenheit und die wirkliche innere Entspannung. Auch bei diesen Selbstmördern konnten wir beobachten, daß die Sorge um die Beschaffung und Erhaltung der Wohnung zu einem zentralen Problem werden kann. Der Bericht einer unserer Patienten, dem nach einer heftigen Auseinandersetzung mit seiner Wirtin das Zimmer gekündigt worden war, und der auch kein anderes findet, schließt mit den Worten: „Wenn ich tot bin, hat die Wirtin die Stube, dann ist Platz.“

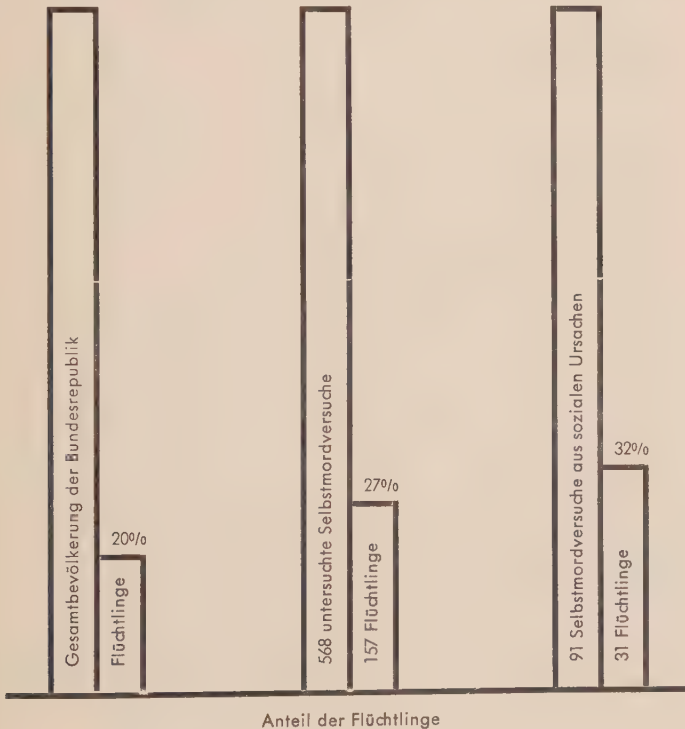
Bei 18 Suicidanten war der Verlust der eigenen Wohnung der Anlaß zu ihrer Tat. Den Auszug aus ihrer Wohnung konnten sie deshalb nicht überwinden, weil sie nicht wußten, wo sie bleiben sollten. Sie hatten vor diesem Schlag schon andere psychische Belastungen überstehen müssen. Voraus ging entweder Arbeitslosigkeit oder berufliche Verschlechterung, die mit einem Absinken der materiellen Basis verbunden war.

Der Verlust der Wohnung wird besonders von den Frauen schlimmer und unüberwindbarer empfunden, als der der Arbeitsstelle. Die eigene Wohnung wird als letzte Zufluchtsstätte betrachtet, und wenn diese fehlt, wird es dem Ausstoßen aus der Gesellschaft gleich empfunden.

4. Flüchtlingsschicksal

Besonders hart von diesen Problemen sind die Flüchtlinge betroffen. Der Verlust der Heimat nahm ihnen ihre Existenz und vernichtete in vielen Fällen das Lebenswerk, das sie von ihren Vätern ererbt hatten. Solche schweren Schicksalsschläge sind sicherlich nicht ohne Einfluß auf das Seelenleben geblieben.

Der Anteil der Flüchtlinge an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik beträgt etwa 20%. Bei den Untersuchungen von Plügge (16), Bayreuther (3) und Heyn (11) liegt der Anteil der Flüchtlinge bei den Selbstmorden erheblich niedriger. Die Zahlen schwanken bei ihnen zwischen 5 und 10%. Hieraus wäre zu



schließen, daß das Flüchtlingsschicksal nicht selbstmorddisponierend gewirkt habe. Ein ganz anderes Bild zeigt unser Material. Von den 568 untersuchten Selbstmordversuchen waren insgesamt 154 Flüchtlinge (27%).

Betrachtet man allerdings die 94 Selbstmordversuche aus sozialen Ursachen, so sieht man, daß hierbei 31 Flüchtlinge (32%) waren. Die Bedeutung des Flüchtlingsproblems bei diesen Suicidversuchen tritt hier in den Vordergrund. Das Säulendiagramm „Anteil der Flüchtlinge“ soll uns das veranschaulichen.

Man könnte zunächst vermuten, der Verlust der Heimat hat diese Menschen an den Rand der Verzweiflung gebracht und wäre der Anlaß zum Selbstmordversuch gewesen. In keinem der hier bearbeiteten Fälle ist der unmittelbare Anlaß zum Suicidversuch in der Flucht zu sehen. Diese Menschen lebten schon mehrere Jahre von ihrer Heimat getrennt und hatten sich, wie man glauben könnte, mit ihrem Los abgefunden. Erst im Verlauf des weiteren Lebens häuften sich die sozialen Konflikte und wurden immer existenzbedrohender bis schließlich die Hoffnung auf eine Besserung völlig verloren gegangen war.

Welche Bedeutung das Flüchtlingsschicksal hat, geht aus dem Bericht einer 25jährigen Patientin hervor.

Unehelich in Mitteldeutschland geboren, wächst sie in schlechten Familienverhältnissen auf. Schon während der Schulzeit muß sie mit arbeiten, um zusätzlich Geld zu verdienen. Wenige Jahre ist sie glücklich verheiratet und hat einen Sohn. Schon in den ersten Kriegstagen fällt ihr Mann. Nach dem Kriege ist sie als Hausgehilfin bei russischen Besatzungsfamilien tätig. Durch Mißgunst wird sie der Spionage verdächtigt und muß deshalb aus der Ostzone flüchten. Zunächst wechselt sie von einem Flüchtlingslager zum anderen, bis sie von einer Freundin vorübergehend aufgenommen wird. Ihren Unterhalt verdient sie sich im Haushalt einer fremden Familie. Da sie keine Zuzugsgenehmigung nach Frankfurt hat, muß sie diese Stelle aufgeben. Ohne Heimat fühlt sie sich von allen Menschen verlassen. Einen Ausweg aus dieser Situation sieht sie nicht und versucht, durch Pulsaderschnitt ihrem Leben ein Ende zu setzen.

5. Die Rolle des Alkohols als sozialer Faktor

Welche Rolle der Alkoholgenuß bei unseren Patienten gespielt hat, geht aus den Angaben hervor, daß 52% Männer und 10% Frauen mehr oder weniger viel Alkohol getrunken haben. Ganz wahrscheinlich liegen die Zahlen noch höher, wenn man bedenkt, daß gerade zu dieser Frage die ungenauesten Angaben von den Patienten gemacht werden. Trotzdem kann man aus den Äußerungen unserer Patienten entnehmen, daß sie chronische Alkoholiker waren. Nur 8 Männer von den von uns untersuchten Selbstmordversuchen aus sozialen Ursachen haben sich von Zeit zu Zeit stärker betrunken.

Uns liegt es fern, im hohen Alkoholkonsum eine Erklärung für die Selbstmordneigung zu sehen. Vielmehr sehen wir darin nur einen indirekten Zusammenhang zu den sozialen Ursachen des Selbstmordes.

Das häufigere Betrinken bringt Geldschwierigkeiten mit sich, schon bestehende finanzielle Not wird verschlechtert und durch ständige Alkoholeinwirkung sinken Arbeitswille und Moral. Dazu kommt noch die zerrüttende Wirkung auf Ehe- und Familienverhältnisse. Die sozialen Schäden, die aus dem Alkoholgenuß entstehen, sind objektiv nicht faßbar. Hier interessieren vielmehr die allgemeinen Auswirkungen.

Nicht unerwähnt soll die enthemmende Wirkung des Alkohols bleiben, die bereits vorhandene Selbstzerstörungstendenz steigern und den betreffenden Menschen schneller und ohne größere Überlegung zum Selbstmord treiben kann.

Das folgende Beispiel zeigt die trostlose Situation eines solchen Menschen.

Franz H., 38 Jahre alt, unverheiratet, kommt mit einer Pulsaderverletzung in die Klinik. Er berichtet aus seinem Leben, daß er vor dem Kriege als Schlosser tätig gewesen sei. Im Kriege war er Soldat. Damals habe er kaum Alkohol getrunken. Nach der Kriegsgefangenschaft habe er nicht gleich eine Arbeitsstelle gefunden und sei bei Freunden gewesen. Dort wurde viel Schnaps getrunken. Nach dem er endlich Arbeit gefunden hatte, sei er nacheinander an drei verschiedenen Stellen fristlos entlassen worden, zweimal wegen Trunkenheit am Arbeitsplatz und ein-

mal wegen Bummellei, die auf eine Zechtour zurückzuführen war. Am letzten Sonntag habe er sich mal wieder sinnlos betrunken. Wenn er zu trinken angefangen habe, könne er nicht mehr aufhören. Irgendwelche Leute müssen ihn nach Hause transportiert haben. Als er seinen Rausch ausgeschlafen hatte, habe die Wirtin ihm das Zimmer fristlos gekündigt. Ohne Arbeit und Geld konnte er keine Unterkunft finden. So sah er keinen Ausweg aus seiner Lage mehr.

Ein weiteres Beispiel soll die Verschlechterung der sozialen Lage einer Familie durch chronischen Alkoholabusus zeigen.

Die 66jährige Margarethe D. berichtet nach ihrem Selbstmordversuch, daß sie mit ihrem Ehemann über 40 Jahre verheiratet ist. Zusammen hatten sie sich ein kleines Lebensmittelgeschäft errichtet. Vor einigen Jahren habe ihr Mann angefangen zu trinken. Zunächst sei es aber noch nicht so schlimm gewesen, so daß es finanziell zu tragen war. Aber in den letzten Monaten sei ihr Mann ständig betrunken gewesen, so daß sie das Geschäft allein führen mußte. Der Mann habe alles Geld genommen und Alkohol dafür gekauft. Das Geschäft ging innerhalb weniger Tage zugrunde. Es blieben nur noch Schulden übrig, die so hoch waren, daß die Frau weder Miete noch das tägliche Brot bezahlen konnte. Sie sagte: „Ich hatte keine Brot-rinde im Haus und sah keine Möglichkeit, meinen Mann wieder zu einem ordentlichen Menschen zu machen.“

6. Familienverhältnisse

Viele unserer Patienten berichteten neben ihren Konflikten auf beruflichem Gebiet und den Nöten durch die materiell-finanzielle Lage von Unstimmigkeiten mit den nächsten Angehörigen. Nur 14 % unserer untersuchten Frauen und 34 % der Männer gaben an, in geordneten häuslichen Verhältnissen zu leben. Bei 43 % der Frauen und 31 % der Männer war das Verhältnis zur Familie ausgesprochen schlecht. Es war zum Teil eine Folge der ungenügenden materiellen Grundlage, der Arbeitslosigkeit oder der Trunksucht. Am meisten litten diejenigen Patienten, die gar keine Angehörigen in ihrer Nähe hatten. Sie sahen zum Teil selbst die Ursache des Suicidversuches in ihrem Alleinsein.

16% unserer Patienten hatten überhaupt keine Angehörigen mehr. Sie waren entweder verstorben oder durch die Kriegsfolgen verschollen oder vermißt.

12% standen in der Bundesrepublik allein. Die Angehörigen wohnten in der sowjetischen Zone und waren für sie nicht erreichbar oder hatten sich von ihnen getrennt. Weitere 12% hatten in Frankfurt oder Umgebung keine direkten Angehörigen. Diese Patientengruppe kam aus entfernteren Teilen Deutschlands und versuchte, in Frankfurt einen eigenen Hausstand zu gründen, was aus irgendeinem Grunde gescheitert war. Wie schwerwiegend die Folgen des Alleinseins gewesen sind, wurde von diesen Patienten immer wieder geschildert.

Eine Patientin berichtete, daß sie vor allem deshalb den Selbstmordversuch begangen hat, weil sie ihre beruflichen und finanziellen Sorgen mit niemandem besprechen konnte. Sie sagte: „Es hat doch keinen Sinn, wenn ich weiterlebe. In dieser Großstadt kenne ich keinen Menschen, und mich kennt keiner, da ist es doch egal, ob ich lebe oder nicht!“

Ein anderer Patient, der aus Kriegsgefangenschaft gekommen ist und dessen Eltern auf der Flucht verschollen sind, steht ganz allein vor dem Nichts. Er möchte gern heiraten und einen eigenen Hausstand gründen, wozu ihm jegliche Mittel fehlen. Er sagte: „Zuerst brauche ich ein Zuhause und einen Menschen, sonst habe ich keinen Halt zum Leben.“

D. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, an Hand von Krankengeschichten die Bedeutung sozialer Faktoren bei Suicidversuchen in den Jahren 1948 bis 1953 in Frankfurt am Main herauszuarbeiten.

Als wesentlicher sozialer Faktor wurde dabei der Beruf angesehen. Hierbei wurde die Bedeutung der Arbeitslosigkeit, die Stellung des Hilfsarbeiters und des Landarbeiters und die Bedeutung der Berufsarbeit bei Männern und Frauen besonders berücksichtigt. Als weitere soziale Faktoren wurden die materielle Lage, die Wohnungssituation, Flüchtlingsschicksale, die Familienverhältnisse und die Rolle des Alkohols untersucht.

Als Untersuchungsmaterial standen 568 Krankengeschichten zur Verfügung. Bei 94 Patienten ließen sich eindeutig soziale Faktoren als Ursache des Suicidversuches herausarbeiten. Im ganzen gesehen spielten die sozialen Faktoren nur eine auffällig geringe Rolle. Jedoch blieb der prozentuale Anteil der Suicidversuche aus sozialen Ursachen in den einzelnen Jahren fast gleich bei 13 %.

Dabei ergab sich, daß der Beruf eine besondere Bedeutung hat, während die anderen sozialen Ursachen in den Hintergrund traten. Von 94 Patienten, die einen Selbstmordversuch aus sozialen Ursachen begangen hatten, lebten 80 % in schlechten beruflichen Verhältnissen.

Bei 89 Patienten lag gleichzeitig materielle Not vor, die jedoch nur bei knapp 30 % Motiv oder Anlaß zum Suicidversuch war. Weder die Wohnungsnot noch der Alkohol spielten eine erhebliche Rolle als Motiv oder Anlaß zum Suicidversuch.

In keinem der bearbeiteten Fälle war die Flucht aus der Heimat unmittelbarer Anlaß zu einem Suicidversuch. Jedoch war der prozentuale Anteil der Flüchtlinge bei unserem Untersuchungsmaterial mit 32 % größer als der Anteil der Flüchtlinge an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik (20 %).

E. Literaturverzeichnis

1. Adler, A.:
Über den Selbstmord, insbesondere im kindlichen Alter.
„Heilen und Bilden“, Reinhardt, München 1913
2. Andics, M. v.:
Über Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens. Gerold, Wien
1938
3. Bayreuther, H.:
Über den Selbstmord in der Nachkriegszeit, Arch.
Psychiatr. **195**, 264 (1956)
4. Bayreuther, H.:
Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den
Selbstmord. Arch. Psychiatr. **199**, 72 (1959)
5. Boor, W. de:
Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie
des Selbstmordes und der Selbstbeschädigung. Fortschr.
Neurol. **17** (1949)
6. Dubitscher, F.:
Der Suicid. Thieme, Stuttgart 1957
7. Feudell, P.:
Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. Psychiatr. Neurol.
und med. Psychol. **4**, 147 (1952)
8. Gaupp, R. E.:
Über den Selbstmord. Ärztl. Rundschau München 1910
9. Gruhle, H. W.:
Der Selbstmord. Thieme, Leipzig 1940
10. Gruhle, H. W.:
Bibliografie des Selbstmordes. Nervenarzt Göttingen
1940
11. Heyn, W.:
Der Selbstmord als soziales Phänomen. Münch. med.
Wschr. 1389 (1955)
12. Loewenberg, R. D.:
Über den Selbstmord in Hamburg. Schötz, Berlin 1932
13. Meier, H.:
Motive und Anlässe zu Selbstmordversuchen. Med. Diss.
Frankfurt 1959

14. Mueller, B. u. Sitka, J.:
Untersuchungen über das Verhalten des Selbstmordes
unter dem Einfluß der Verhältnisse der letzten Jahre.
Ärztl. Wschr. 633 (1949)
15. Plügge, H.:
Die Wirkung des Nichts. Psyche 4, 321 (1950)
16. Plügge, H.:
Über suicidale Kranke. Psyche 5, 433 (1951)
17. Ringel, E.:
Praktische Selbstmordprophylaxe.
Wien Arch. f. Psychol. 1, 149 (1951)
18. Ringel, E.:
Ein Beitrag zur Frage der vererbten Selbstmordneigung.
Wr. Ztschr. f. Nervenhlkd. 5. 1, (1952)
19. Ringel, E.:
Der Selbstmord. Maudrich, Wien-Düsseldorf 1953
20. Ringel, E. u. Rotter, H.:
Zum Problem des Selbstmordes im Rausch.
Wr. Ztschr. f. Nervenhlkd. 13, 406 (1957)

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. R. Degkwitz
danke ich für die Überlassung des Themas
sowie für die Beratung und Unterstützung
bei der Durchführung der Arbeit.

F. Lebenslauf

Am 19. Februar 1937 wurde ich, Siegfried Koch, als Sohn des Gewerbeoberlehrers Kurt Koch und seiner Ehefrau Margarete geborene Nagel in Halle (Saale) geboren.

Von 1943 bis 1951 besuchte ich die Grundschule in Halle (Saale), danach die Oberschule. Am 3. 7. 1955 bestand ich die Reifeprüfung in Halle (Saale).

Im Herbstsemester 1955 begann ich das Medizinstudium an der Martin-Luther-Universität in Halle (Saale) und bestand am 11. 7. 1958 die ärztliche Vorprüfung.

Am 22. 7. 1958 verlegte ich meinen Wohnsitz in die Bundesrepublik und setzte mit Beginn des Wintersemesters 1958/59 mein Medizinstudium an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main fort.

Die ärztliche Prüfung bestand ich am 5. 2. 1962.

